

Beitragskontonummer
<b>Arbeits- und Entgeltbestätigung</b>



Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

*Versicherungsnummer bitte vollständig anführen!* ➤

Familiename (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad		Versicherungsnummer			
Vorname		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde					

Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ., Ort, Straße, Nr.)

Beschäftigt seit: (letzter arbeitsrechtlicher Eintritt)			Tag	Monat	Jahr	Arbeitsfreie/r Tag/e			oder andere Regelung						
Bei <input type="checkbox"/> 5,- <input type="checkbox"/> 6,- oder _____ Tage-Woche, bei _____ - Tage-Turnus.			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So						
Arbeitspflichtige Feiertage im Entgeltfortzah- lungszeitraum	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr

als \_\_\_\_\_  Arbeiterin  Angestellte  Vertragsbedienstete  Freie/r Dienstnehmer/in  
(Tätigkeit genau bezeichnen)

Grund d. Arbeitseinstellung: \_\_\_\_\_  Arbeitsunfall  Berufskrankheit

Letzter Arbeitstag: \_\_\_\_\_ Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> 01 - Kündigung d. Dienstgeber/in	<input type="checkbox"/> 02 - Kündigung d. Dienstnehmer/in
			<input type="checkbox"/> 03 - Einvernehmliche Lösung	<input type="checkbox"/> 04 - Zeitablauf
			<input type="checkbox"/> 05 - Berechtigter vorzeitiger Austritt	<input type="checkbox"/> 06 - Fristlose Entlassung
			<input type="checkbox"/> 07 - Karenz nach MSchG/VKG	<input type="checkbox"/> 08 - Präsenzdienstleistung im Bundesheer
			<input type="checkbox"/> 09 - Zivildienst	<input type="checkbox"/> 10 - Pragmatisierung
			<input type="checkbox"/> 12 - Ummeldung	<input type="checkbox"/> 30 - Lösung in der Probezeit durch Dienstger
			<input type="checkbox"/> 34 - Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer	<input type="checkbox"/> 00 - sonstige Gründe: _____

Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird  nicht gelöst  gelöst mit:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

**Bankverbindung der/des Versicherten**

IBAN	BIC
------	-----

**Beitragspflichtiges Entgelt** - ohne SZ im letzten Beitragszeitraum (bei freien Dienstnehmer/inne/n in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches

**Anzugeben sind Geldbezüge** (einschließlich Trinkgelder, Trinkgeldpauschale, Provisionen oder Sonstiges) und allenfalls Sachbezüge

ab _____ bis _____ € _____	<b>Sachbezüge</b> im beitragspflichtigen Entgelt enthalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ab _____ bis _____ € _____	<b>Sachbezüge</b> (Art und mengenmäßig genau anführen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ab _____ bis _____ € _____	
ab _____ bis _____ € _____	
<b>Zusammen € _____</b>	

Anspruch auf Sonderzahlung  ja  nein

Vordienstzeiten	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	Einarbeitungstage: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
Kündigungsschädigung	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	
Urlaubersatzleistung	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	
freiwillige Entgeltfortzahlung	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	

Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis \_\_\_\_\_

Anspruch auf Entgeltfortzahlung  4 Wo.,  6 Wo.,  8 Wo.,  10 Wo.,  12 Wo.

Berechnet nach  Arbeitsjahr  Kalenderjahr  Arbeitstage  Kalendertage

**Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes:**  
\_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet**

ab _____ bis _____	ab _____ bis _____	ab _____ bis _____
ab _____ bis _____	ab _____ bis _____	ab _____ bis _____
ab _____ bis _____	ab _____ bis _____	ab _____ bis _____
ab _____ bis _____	ab _____ bis _____	ab _____ bis _____

Für <b>allfällige Rückfragen</b> Daten der Bearbeiterin/des Bearbeiters bzw. der Kontaktperson Name	Telefonnummer, Unterschrift und Stempel des Dienstgebers/der Dienstgeberin bzw. des/der Bevollmächtigten <b>Für die Richtigkeit der Angaben haftet der Aussteller/die Ausstellerin (§§ 1295 ff ABGB)</b>
Telefonnummer	Datum _____